

INTRODUÇÃO À ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES ATENDIDAS EM DIA NACIONAL DE CAMPANHA DE VACINAÇÃO*

Introduction of complementary feeding to children under 6-month old assisted on the national day of vaccination campaign

Priscila Tsupal Tenório Gomes¹Ana Márcia S. Nakano²

Resumo

A alimentação da criança no primeiro ano de vida é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses de vida e que os alimentos complementares sejam introduzidos a partir desta idade. O objetivo desta pesquisa foi verificar a introdução da alimentação complementar em crianças menores de seis meses atendidas em dia Nacional de Campanha de Vacinação. O estudo transversal, descritivo abrangeu 821 crianças menores de um ano de idade vacinadas na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação nos Postos de Saúde da cidade de Guarapuava-PR. A amostra foi de 415 crianças menores de seis meses, representando 50,0% da população estudada. A coleta dos dados foi realizada com as mães e/ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade que compareceram aos Postos de Saúde naquela data. O instrumento utilizado nesta pesquisa foi o questionário elaborado e validado pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo-SP e parcerias. A análise dos dados deu-se através da análise das frequências simples de todas as variáveis coletadas. Com relação à alimentação complementar entre as crianças menores de seis meses, em aleitamento materno, 2,9% receberam água, 20% água com açúcar, 8,6% chá, 1,4% suco de fruta e 15,7% leite de vaca em pó, já no primeiro mês de vida. Este estudo mostrou que a introdução da alimentação complementar, em crianças menores de seis meses de vida é precoce e não atende, portanto, o recomendado pela OMS.

Palavras-chave: alimentação complementar; aleitamento materno.

Abstract

What children eat in the first year of life is essential with a view to adequate growth and development. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding up to six months of age and that complementary foods are introduced from that age onwards. This study aimed to examine the prevalence of breastfeeding indicators established by the WHO for children under 6-month old, as well as to identify and describe the introduction of complementary foods. A cross-sectional and descriptive study was realized among 821 infants under 1 year old who were vaccinated in the second phase of the National Vaccination Campaign at Health Centers in Guarapuava-PR, Brazil.

* Texto extraído da Dissertação de Mestrado intitulado "Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação nos Postos de Saúde fixos da cidade de Guarapuava-Pr, 2004"

¹ Prof^a. Ms. Priscila Tsupal Tenório Gomes, Docente do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste / UNICENTRO. E-mail: tsupal@brturbo.com.br. Endereço: Rua Senador Pinheiro Machado 2745 - Bairro Santa Cruz - CEP 85010-100 Guarapuava-Pr.

² Orientadora, Prof^a. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, Docente do Departamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

A sample of 415 children under 6-month was taken, representing 50% of the studied population. Data collection involved mothers and/or responsables for infants under 1 year old who came to the Health Centers on that day, using the questionnaire elaborated and validated by the Health Institute of São Paulo State Health Secretary and its partners. The collected data was subject to simple frequency analysis of all variables and some combinations between them. In relation to complementary feeding among children under 6-month old who were breastfed, 2,9% received water, 20% water and sugar, 8,6% tea, 1,4% fruit juice, 15,7% powder milk, already in the first month of life. This study showed that complementary food introduction, in infants under 6-month old is at an early stage and so, it doesn't agree with what is recommended by the WHO.

Key-words: complementary feeding; breastfeeding.

Introdução

Atualmente, existe consenso entre as organizações internacionais, o Ministério da Saúde e entre a comunidade científica de que os alimentos complementares sejam introduzidos a partir dos seis meses, e que a criança continue sendo alimentada ao seio até os dois anos de idade ^(1, 2).

Entende-se por alimentação complementar, quaisquer alimentos nutritivos sólidos ou líquidos, oferecidos à criança, em adição ao leite materno, após os seis meses de vida. Tratam-se de alimentos preparados especialmente para a criança ou daqueles alimentos que são consumidos pela família e modificados para atender às necessidades da criança nesse período, desde que sejam bem cozidos, com pouco sal e pimenta, sendo sua consistência modificada (amassada, desfiada, picada) e que esteja de acordo com a fisiologia da criança e facilite que a mesma coma novos alimentos. A comida da família, oferecida à criança, além de ser modificada na consistência, pode ser modificada também pela adição de alimentos ricos em ferro, em vitamina A e de óleo para garantir o aporte desses elementos na dieta infantil ⁽³⁾.

Antigamente, os alimentos complementares, eram chamados de “alimentos de desmame” ou “desmame” o que hoje se recomenda evitar o uso desses termos, pois podem ser entendidos como alimentos substitutos de leite materno provocando parada total da amamentação em vez de complementar a amamentação.

É importante salientar que em vários países, inclusive no Brasil, esses dois conceitos deixaram de ser utilizados nos últimos anos, à medida que geraram o senso comum de que esses alimentos serviam de substitutos definitivos do leite materno.

Essa distorção de significado invalidou a real função dos alimentos complementares que é, exatamente, a de ser um alimento *complementar* ao aleitamento materno e não um *substituto* do mesmo, já que o aleitamento materno, após os seis meses, não mais cobre todas as necessidades nutricionais da criança ^(4, 1, 5).

A partir dos seis meses de vida, a criança atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico maior, com o desenvolvimento da mastigação, deglutição, digestão e excreção que a ajuda a receber e aceitar outros alimentos que não o leite materno ^(6, 7, 8).

De acordo com Prentice ⁽⁹⁾ e Heinig et al. ⁽¹⁰⁾, o leite materno continua contribuindo no desenvolvimento da criança com um a dois terços da energia consumida no final do primeiro ano e como fonte importante de gordura, vitamina A, cálcio e riboflavina até o segundo ano de vida.

Caso o organismo da criança não acompanhe o crescimento e o desenvolvimento esperado no segundo ano de vida, a qualidade nutricional bem como a quantidade da alimentação complementar deve ser revista para que o aleitamento materno seja mantido ⁽¹¹⁾.

Existem algumas crenças e práticas que ainda estão impregnadas à cultura brasileira mostrando-se conflitivas com as recomendações para alimentação do lactente. De acordo com Almeida ⁽¹²⁾, no Brasil, é comum a prática de oferecer a criança água para saciar a sede; chás para acalmar, aliviar as cólicas e tratar de diferentes doenças. Essa crença de que o leite materno não é completo para suprir as necessidades da criança, tem resultado na introdução de outros leites não maternos e alimentos complementares antes do tempo apropriado.

Segundo Giugliani ⁽³⁾, a suplementação do leite materno com água ou chás é desnecessária nos primeiros seis meses de vida da criança, mesmo em locais secos e quentes. Esta suplementação, tanto de outros alimentos como de líquidos, diminui a ingestão de leite materno, sendo desvantajoso para a criança, pois muito desses alimentos ou líquidos oferecidos à criança são menos nutritivos e com densidade energética menor que o leite humano, interferindo na biodisponibilidade de nutrientes chaves do leite materno, como o ferro e o zinco.

Outros estudos, também, comprovam que a introdução precoce de alimentos complementares antes dos seis meses de vida pode aumentar a morbimortalidade infantil como consequência de um menor consumo de fatores de proteção encontrados no leite humano, além desses alimentos serem uma fonte importante de contaminação para as crianças ⁽¹³⁾.

Além dessas considerações, a introdução precoce dos alimentos complementares pode interferir na duração da amamentação, na absorção de nutrientes encontrados no leite humano, tais como o ferro e o zinco, bem como na redução da eficácia da lactação e na prevenção de novas gravidezes ^(14, 15, 16, 17).

Os malefícios da introdução de alimentos complementares antes dos seis meses de idade ultrapassam, em muito, qualquer benefício em potencial desta prática. Nesse sentido é que programas alimentares dirigidos ao primeiro ano de vida devem merecer atenção especial, para promover e manter o bom estado nutritivo, o que tem reflexos sobre a saúde da criança.

Este estudo teve como objetivo verificar a introdução de novos alimentos em crianças menores de seis meses na cidade de Guarapuava-PR, analisados sob os aspectos nutricionais.

Vale destacar que o Município de Guarapuava não dispõe de nenhum estudo específico sobre os hábitos alimentares de crianças menores de um ano de idade quanto à prevalência do aleitamento materno e da introdução da alimentação complementar.

Acredita-se que os resultados desse estudo possam trazer subsídios à elaboração de estratégias de ação na orientação de práticas alimentares apropriadas às crianças dessa faixa

etária, contribuindo assim para promoção da alimentação saudável das crianças.

Casuística e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo sobre a introdução da alimentação complementar em crianças menores de seis meses de idade vacinadas na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação nos Postos de Saúde Fixos (PSFs) e no Centro Municipal de Especialidades Médicas da cidade de Guarapuava-PR.

Fizeram parte do estudo, crianças vacinadas nos 27 postos de saúde fixos, caracterizados como PSF (Programa Saúde da Família) e o Centro Municipal de Especialidades Médicas. Destes 27 PSFs, 23 estão localizados na região urbana da cidade e 4 estão na área rural.

A população foi constituída de 821 crianças menores um ano de idade, porém, nesse estudo, os dados apresentados são referentes às crianças menores de seis meses cujo número da amostra final foi de 415 crianças, representando 50,5% da população do estudo.

Este estudo é parte da Dissertação de Mestrado, apresentada em outubro de 2005, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

A coleta dos dados foi realizada com as mães e/ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade que compareceram aos Postos de Saúde (PSFs) e no Centro Municipal de Especialidades Médicas no dia 21 de agosto de 2004, na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação e que se dispuseram a participar da pesquisa.

O Centro Municipal de Especialidades não é caracterizado como um PSF, mas foi escolhido para pesquisa por ser um local de procura espontânea da população em dias nacionais de campanha de vacinação e por estar localizado na área central da cidade.

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa foi o questionário “Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em Dias Nacionais de Vacinação” utilizado na aplicação de um inquérito epidemiológico sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida, em dias nacionais de vacinação. Ele foi elaborado

pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo-SP e demais institutos: Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, em colaboração com o Centro Técnico de Saúde da Criança da Secretaria de Estado de São Paulo⁽¹⁸⁾.

Foi desenvolvido pela Dra. Sônia Venâncio, do Instituto de Saúde de São Paulo-SP, e validado em pesquisas similares realizadas em outros municípios dos estados de São Paulo e no Paraná.

A análise dos dados deu-se por meio da análise descritiva das variáveis quantitativas, de acordo com as características deste estudo. No tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o programa de Banco de Dados Access, linguagem de Programa Visual Basic, cedido pela Coordenação geral do Projeto Amamentação e Município⁽¹⁸⁾. O banco de dados teve que ser reorganizado com o programa Excel para limpeza, correção e averiguação dos dados obtidos. Finalmente, o banco de dados foi traduzido para o programa SPSS, versão 9.0, para edição e análise dos dados. No Programa SPSS, realizou-se uma frequência simples de todas as variáveis coletadas e alguns cruzamentos entre elas, indispensáveis para a verificação de inconsistências não identificadas na primeira etapa de correção. O próximo passo foi à eliminação das inconsistências e a edição final dos dados.

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Na coleta de dados, as mães e/ou responsáveis, foram convidados e informados verbalmente sobre a pesquisa, respondendo voluntariamente. A justificativa para a não aplicação, às mães, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por escrito, foi à necessidade de aplicar o questionário de forma rápida, para não interferir no trabalho da equipe de vacinação. Tal orientação foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo – USP e pelo CONEP,

quando da avaliação da proposta do Ministério da Saúde, que realizou nos mesmos moldes esse inquérito em todas as capitais do Brasil.

Resultados

Preconiza-se o aleitamento materno exclusivo até 180 dias de vida e a alimentação complementar adequada, a partir dessa idade. A alimentação complementar de criança menor de um ano de idade deve ser em quantidade, frequência e densidade energética adequada. As preparações ralas, são desaconselháveis para criança nessa faixa etária por apresentar baixa densidade energética, não suprimindo as necessidades de energia e nutrientes^(19, 1, 20).

Os dados obtidos, expostos na figura abaixo, evidenciam um perfil de alimentação complementar para a amostra de crianças estudadas.

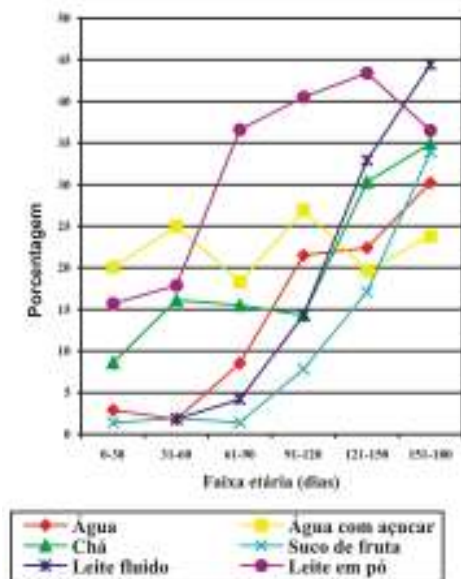
Das crianças, em aleitamento materno, que estavam recebendo água, 2,9% já recebiam no primeiro mês de vida, 1,8% no segundo mês, 8,5% no terceiro mês, 21,5% no quarto, 22,4% no quinto e 30,2% no sexto mês de vida.

Quanto à introdução de água com açúcar, em crianças aleitadas, nota-se um significativo consumo já a partir do primeiro mês: 20% (0-30), 25% (31-60), 18,3% (61-90), 26,9% (91-120), 19,7% (121-150) e de 23,8% (151-180).

Tanto a introdução de chá quanto de suco de fruta, dois líquidos entendidos pela população como necessários na dieta infantil, tiveram sua introdução desde o primeiro mês, aumentando gradativamente até o sexto mês de vida da criança, respectivamente: chá 8,6%, 16,1%, 15,5%, 14,3%, 30,3% e 34,9% e suco de fruta, 1,4%, 1,9%, 1,4%, 7,8%, 17,1% e 33,9%.

A análise, também, permitiu demonstrar uma tendência entre crianças aleitadas e a introdução de leites, não maternos, na alimentação infantil antes dos seis meses de vida. Assim apresentadas respectivamente: leite fluído: 0% , 1,8%, 4,2%, 14,3%, 32,9% e 44,4% e leite em pó: 15,7%, 17,9%, 36,6%, 40,5%, 43,4% e 36,5%.

Figura 1. Prevalência de crianças menores de seis meses, em aleitamento materno, que receberam água, água com açúcar, chá, suco de fruta, leite fluido e leite em pó, nas 24 horas que antecederam a pesquisa.



Discussão

Alguns autores alertam para o risco de morte pela simples introdução de outro líquido na alimentação da criança pequena, reforçando a importância do aleitamento materno exclusivo²¹.

Segundo a World Health Organization²⁸, baseada em dados de 94 países, o aleitamento materno exclusivo é praticado somente em relação a 35% dos menores de quatro meses.

O presente estudo apresentou dados de crianças, já no primeiro mês, que recebiam outros alimentos, que não o leite materno, não sendo beneficiadas pelo aleitamento materno exclusivo, na época da coleta de dados. Vale ressaltar que alguns problemas como a desnutrição, o atraso de crescimento e a morbimortalidade infantil estão fortemente associados à introdução de alimentos complementares e ao desmame, devido ao provável consumo de alimentos nutricionalmente inadequados e/ou contaminados oferecidos à criança antes do período desejado⁽²⁸⁾.

A incidência de diarreia é grande quando

se utiliza água na alimentação do lactente nos primeiros meses de vida, principalmente quando esta não é filtrada e fervida ou pelo simples fato de estar contaminada⁽¹⁾. O uso de água pura é utilizado pelas mães como justificativa de “matar” a sede da criança e a utilização da água com açúcar, está associada com hábitos culturais arraigados na população de que essa preparação pode acalmar a criança e trazer benefícios a mesma⁽²²⁾.

No estudo em questão, tanto a água pura quanto à água com açúcar, foram introduzidas precocemente, já no primeiro mês de vida da criança, demonstrando uma forte tendência a essa prática entre as mães, principalmente no que diz respeito ao consumo da água com açúcar (20%) nos primeiros trinta dias.

O uso de chás na alimentação infantil tem como objetivo principal, não a nutrição infantil, mas sim a medicação, atendendo a fatores culturais que utilizam o chá como remédio⁽²⁴⁾. Além disso, quase sempre os chazinhos são oferecidos em mamadeiras, perturbando o reflexo normal de sucção da criança. Geralmente, o oferecimento de chás cria um ciclo vicioso, pois provoca aerofagia agravando as cólicas. O uso de chás em crianças amamentadas é contra-indicado, pois estes ocupam volume no estômago e a criança suga menos o peito podendo levar ao desmame precoce⁽¹⁾.

O observado no estudo em questão, foi um consumo significativo no primeiro mês (8,6%) do uso de chás na alimentação das crianças pesquisadas, aumentado gradativamente até o sexto mês de vida (34,9%).

A administração do suco de fruta na dieta do lactente é aconselhável que seja oferecido nos intervalos ou como complementação das mamadas ou da refeição de sal, como fonte importante de vitamina C e A e minerais a partir dos seis meses uma vez que o leite materno supre as necessidades de ferro nesta etapa. A partir dos seis meses, as reservas hepáticas se esgotam, e as necessidades de ferro precisam ser supridas através dos alimentos complementares para evitar o aparecimento da anemia ferropriva. A OMS e UNICEF recomendam a administração do sulfato ferroso juntamente com frutas/sucos ricos em vitamina C para ajudar na captação do mineral pelo organismo da criança⁽¹⁾.

Este estudo mostrou que o consumo de

suco de fruta entre crianças amamentadas foi de 1,4% já no primeiro mês, aumentando respectivamente até o sexto mês de vida (33,9%), indo contra as recomendações acima citadas em relação à introdução de suco na alimentação das crianças amamentadas antes dos seis meses de vida.

Em pesquisa realizada na região do Alto Jequitinhonha, em Minas Gerais, os mesmos resultados foram observados no uso desses alimentos em crianças amamentadas, onde 48,4%, 25,8% e 8,2% já faziam uso de chá, água e suco, respectivamente, no primeiro mês de vida⁽²⁵⁾. Fatores que influenciam esta prática são as crenças populares de que os chás tenham propriedades terapêuticas⁽²⁶⁾. Os sucos e principalmente a água também são reflexos dos hábitos culturais, sendo caracterizados pelas mães como alimentos complementares no aleitamento materno.

Victora e Knauth⁽²⁷⁾ citam resultados de estudo, realizados no Sul e Sudeste que indicam que a própria noção de aleitamento materno exclusivo para as mães já inclui a administração de água, chás e suco.

Pesquisa qualitativa sobre hábitos alimentares de crianças menores de dois anos em cinco macro-regiões do Brasil revela que a lógica que orienta as mães no desmame e na introdução de outros alimentos e mamadeira é a percepção da fome do bebê⁽²⁷⁾.

Do ponto de vista nutricional, a introdução precoce desses alimentos, pode ser desvantajosa, pois além de substituírem parte do leite materno consumido pela criança, muitas vezes apresentam características nutricionais inferiores ao leite humano. Além disso, essa precocidade pode diminuir a duração do aleitamento materno como também interferem na absorção de nutrientes importantes existentes no leite humano (ferro e zinco)^(14, 17, 8).

Alguns pesquisadores, ao estudarem a prática alimentar de crianças menores de um ano, também verificaram a introdução precoce do leite de vaca na alimentação infantil. Admite-se que o leite de vaca, tanto o leite fluido, o em pó ou o formulado, são competidores do leite materno, e que sua introdução marca o início do processo de desmame⁽²⁹⁾.

De acordo com Marques *et al*⁽²³⁾ em estudo

longitudinal com crianças do nordeste do Brasil, observaram idade mediana de introdução de outro leite de 24 dias e mediana de duração de do aleitamento materno de 65 dias para crianças que iniciaram o consumo de leite antes do primeiro mês de vida, e de 165 dias para as demais, concluindo que a introdução precoce de outro leite está fortemente relacionada com a interrupção precoce do aleitamento materno.

Na presente pesquisa, tanto o leite de vaca fluido quanto o leite em pó, foram introduzidos precocemente na alimentação de menores de seis meses. Sendo que no primeiro mês apenas o leite em pó (15,7%) foi acrescido na dieta infantil com uma porcentagem bem acima do leite fluido (0%) confirmando o que pesquisas anteriores afirmam sobre a preferência das mães quanto ao leite em pó na introdução do mesmo para menores de um ano de vida.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram conhecer as características das práticas alimentares em crianças menores de seis meses de vida no que diz respeito à introdução de alimentos complementares na cidade de Guarapuava-PR.

A coleta de dados se concentrou nos PSFs da área urbana e rural pois o Programa Saúde da Família se destina principalmente à atenção primária, dando suporte nas áreas da saúde da mulher e da criança.

Em relação à alimentação complementar, no primeiro mês de vida da criança, em aleitamento materno, 2,9% receberam água, 20% água com açúcar, 8,6% chá, 1,4% suco de fruta e 15,7% leite de vaca em pó.

É importante que ações de implantação de programas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno como a disseminação de informações sobre a introdução correta da alimentação complementar, seja divulgada à população promovendo a mudança para hábitos alimentares adequados. Esses esforços devem ser feitos para diminuir a taxa de desmame precoce melhorando a adesão ao aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e a alimentação complementar a partir dessa idade, já que nesse

período de vida, as deficiências de nutrientes fundamentais trazem prejuízos muitas vezes permanentes para a saúde física e mental das crianças.

O conjunto de práticas alimentares de crianças menores de um ano deve ser compreendido considerando os valores sócio-demográficos e culturais nos diferentes contextos. Neste sentido concordamos com Victora e Knauth⁽²⁷⁾ que é preciso “reconhecer a existência de duas

lógicas diferentes, que por vezes, aparecem opostas: uma que é baseada nos princípios da necessidade nutricional, verificada principalmente no discurso da biomedicina e outra no princípio das características e constituição das crianças pequenas percebida no discurso das mães. Ambas têm como objetivo o bom desenvolvimento das crianças, entretanto entendem diferentemente o que isto significa e partem de princípios diversos para alcançar os resultados esperados”.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Guias alimentares para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles. Geneva: WHO, 2002.
3. GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. J. de Pediatria. 2000; 76(03): 253-62.
4. ANDERSON, A. S. et al. Rattling the place: reasons and rationales for early weaning. Health Educ. Res. 2001; 16: 471-9.
5. PIWOZ, E. G.; HUFFMAN, S. L.; QUINN, V. J. Promotion and advocacy for improved complementary feeding: can we apply the lessons learned from breastfeeding? Food Nutr. Bull. 2003; 24: 29-44.
6. WOOLRIDGE, M.W. The ‘anatomy’ of infant sucking. Midwifery. 1986; 2:163-71.
7. STEVENSON, S. D.; ALLAIRE, J. H. The development of normal feeding and swallowing. Pediatr. Clin. N. Am. 1991; 38: 1439-53.
8. WHO/UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO, 1998.
9. PRENTICE, A. Breast feeding and the older infant. Acta Paediatr. Scand. 1991; 374: 78-88.
10. HEINIG, M. J. et al. Energy and protein intakes of breast-fed and formula-fed infants during the first year of life and their association with growth velocity: the darling study. Am. J. Clin. Nutr. 1993; 58: 152-61.
11. BENTLEY, M. E.; DETTWYLER, K. A.; CAULFIELD, L. E. Anorexia infantil y su manejo em niños em países em vias de desarrollo: revisión y recomendaciones. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Nutrición y alimentación del niño em los primeros años de vida. Washington, DC: OPAS. 1997; 365-90.
12. ALMEIDA, J. A. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
13. DEWEY, K. G. et al. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. J. Nutr. 2001; 131: 262-7.
14. OSKI, F. A.; LANDAW, A. S. Inhibition of iron absorption from human milk by baby food. Am. J. Dis. Child. 1980; 134: 459-60.
15. McNEILLY, A. D.; GLASIER, A.; HOWIE, P. W. Endocrinology control of lactational infertility. I. In: DOBBNING, J. (Ed.). Material and lactation infertility. New York: Raven Press. 1985; 1-24.
16. BELL, J. G.; KEEN, C. L.; LONNERDAL, B. Effect of infant cereals in zinc and copper absorption during weaning. Am. J. Clin. Dis. Child. 1987; 131: 1128-32.

17. ZEITLIN, M, T.; AHMED, N. U. Nutritional correlates of frequency and length of breastfeeding in rural Bangladesh. *Early Hum Develop.* 1995; 41: 97-100.
18. SÃO PAULO. IS/SES/SP. Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação. São Paulo-SP, 2004.
19. OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Guias alimentares da criança brasileira menor de dois anos: bases científicas. Brasília: OPAS, 1997.
20. ALMEIDA, C. C. B. Situação alimentar, nutricional e de vida das crianças menores de dois anos em Paranaguá. Paraná. 2004. 310 f. Tese (doutorado em meio ambiente e desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, 2004.
21. ISSLER, H.; SAMPAIO, C.; SALES, M. M. Aleitamento materno versus diarreia aguda. *Arch. Gastroenterol.* 1986; 23: 246-50.
22. MOURA, E. F. A. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. *J. de Pediatria*, Rio de Janeiro.1997; 73: 106-10, 1997.
23. MARQUES *et al.* Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* [serial on line] 2001; 108:66. disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/4/e66>.
24. VIEIRA, G. O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não amamentadas. *J. de Pediatria*, Rio de Janeiro. 2004; 80: 411-6.
25. SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. *Rev. Nutr., Campinas.* out./dez 2004; 17(4): 437-47.
26. GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 11-24.
27. VICTORA, C.G; KNAUTH, D.R. Hábitos alimentares de crianças menores de 2 anos: um estudo multicêntrico sobre práticas alimentares atuais no Brasil. In: Anais da Reunião da Associação Brasileira de Antropologia; 2000. Brasília: Associação Brasileira de Antropologia, 2000.
28. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Implementation of resolutions and decisions. Geneva: The Organization; 1997.
29. BUENO et al. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2002; 5(2).